



Tabla MiBupa Primer@+Módulo Plus 2024

**TABLA DE COBERTURAS**

NOMBRE DEL PLAN:	MiBupa Primer@
TIPO DE PLAN:	INDIVIDUAL
MODALIDAD:	MIXTA
TIPO DE DEDUCIBLE.	POR PERSONA
VALOR DEL DEDUCIBLE.	US\$100
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA POR ASEGURADO POR INCAPACIDAD Y POR AÑO PÓLIZA: (Aplicará el acumulado de todos los gastos realizados por un mismo asegurado durante su año de vigencia).	US\$35.000
COBERTURA GEOGRÁFICA.	ECUADOR
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE.	TARIFARIO BASE (basado en Mc Graw Hill - 40%)
	PRESTACIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA: Tarifario Nacional

**FINANCIAMIENTO/ COBERTURAS/ PRESTACIONES SANITARIAS**

PRESTACIONES SANITARIAS Beneficios amparados en la cobertura.	RED CERRADA			RED ABIERTA		
	COPAGO	SUB-LÍMITES / TOPES MÁXIMOS DE COBERTURA	CARENCIA	COPAGO	SUB-LÍMITES / TOPES MÁXIMOS DE COBERTURA	CARENCIA

**COBERTURA AMBULATORIA**

Visitas a médicos y especialistas.	N/A			10%	US\$50 por consulta	30 días
Visitas a médicos y especialistas. • Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: <a href="http://www.bupasalud.com.ec">www.bupasalud.com.ec</a> N/A coaseguro ni deducible.	Fee administrativo por visita.	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días	N/A		
Cirugía ambulatoria.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días
Medicamentos Genéricos por receta.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días
Medicamentos de Marca por receta.	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días

### COBERTURA AMBULATORIA (continuación)

Consultas por medicina alternativa y ancestral. Incluye tratamiento con profesionales calificados en naturopatía, homeopatía y medicina china debidamente registrados para ejercer en el país donde se recibe el tratamiento. Incluye medicamentos por receta.	N/A	30%	Máximo 4 visitas por año póliza hasta US\$50 c/u.	30 días		
Salud mental en ambulatorio (psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: <a href="http://www.bupasalud.com.ec">www.bupasalud.com.ec</a></li> </ul> N/A coaseguro ni deducible.	Fee administrativo por visita.	Máximo 6 sesiones por persona y por año póliza.	30 días	N/A		
Fisioterapia/rehabilitación (debe ser pre-aprobada) incluye: Terapias físicas, cardíacas y respiratorias. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: <a href="http://www.bupasalud.com.ec">www.bupasalud.com.ec</a></li> </ul> Solo en red cerrada N/A coaseguro ni deducible.	Fee administrativo por visita.	Máximo 16 sesiones por persona y por año póliza.	30 días	10%	Máximo 16 visitas por año póliza hasta US\$15 c/u.	30 días
Terapia de lenguaje (debe ser pre-aprobada).	N/A		10%	US\$50	30 días	
Servicios de diagnóstico dentro del protocolo.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días
Diálisis y Hemodiálisis.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días
Médico a domicilio. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: <a href="http://www.bupasalud.com.ec">www.bupasalud.com.ec</a></li> </ul> N/A coaseguro ni deducible.	Fee administrativo por visita.	Máximo 20 visitas por año póliza.	30 días	N/A		
<b>ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA</b>						
Evacuación de emergencia. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulancia aérea, por año póliza (debe ser pre-aprobada)</li> </ul>	10%	US\$2,000	24 hours	N/A		
Evacuación de emergencia. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulancia terrestre.</li> </ul>	10%	US\$150	24 hours	N/A		

## COBERTURA HOSPITALARIA

Servicios y atenciones hospitalarias.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Habitación y alimentación (privada/semiprivada).	10%	US\$100 por día.	90 días	30%	US\$100 por día.	90 días
Cama y alimentación para un acompañante en niños y personas mayores de 75 años.	10%	US\$100 por día.	90 días	30%	US\$100 por día.	90 días
Unidad de cuidados intensivos.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Honorarios del médico/cirujano.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Honorarios del anestesista.	10%	Hasta el 35% de los honorarios del Cirujano Principal.	90 días	30%	Hasta el 35% de los honorarios del Cirujano Principal.	90 días
Honorarios del médico/cirujano asistente.	10%	Hasta el 30% de los honorarios del Cirujano Principal.	90 días	30%	Hasta el 30% de los honorarios del Cirujano Principal.	90 días
Servicios de diagnóstico dentro del protocolo.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Laboratorio clínico, imagen y estudios anatomopatológicos.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Medicamentos intrahospitalarios.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Insumos y dispositivos médicos.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Rehabilitación intra-hospitalaria.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Apoyo Psicológico durante estancia intrahospitalaria.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Prótesis e implantes no dentales.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días

COBERTURA DE MATERNIDAD						
Cuidado de maternidad, por embarazo (incluye parto normal, parto por cesárea y todo tratamiento pre- y post-natal, así como también el almacenamiento de sangre del cordón umbilical. • Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: <a href="http://www.bupasalud.com.ec">www.bupasalud.com.ec</a> . • N/A deducible ni coaseguro.	0%	US\$1,800	60 días	30%	US\$1,800	60 días
Complicaciones de maternidad, parto y del recién nacido. • N/A deducible ni coaseguro.	0%	US\$5,000	60 días	30%	US\$5,000	60 días
COBERTURAS OBLIGATORIAS						
Enfermedades crónicas y catastróficas sobrevinientes.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días ambulatorio 90 días hospitalario	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días ambulatorio 90 días hospitalario
Tratamiento médico de emergencia.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	24 horas	30%	US\$500	24 horas
Tratamiento médico de emergencia por accidente.	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	24 horas	30%	US\$500	24 horas
Tratamiento médico de emergencia, incluidas emergencias por accidente, en casos de mora en contraprestaciones económicas.	10%	US\$500	24 horas	30%	US\$500	24 horas
Prestaciones de prevención primaria incluidas en tarifa cero. El detalle de las coberturas de esta prestación se encuentra en las Condiciones Generales de esta Póliza. • N/A deducible ni coaseguro.	0%	De acuerdo al Tarifario Nacional	30 días	N/A		
Otras que determine la Autoridad Sanitaria.	10%	US\$1,800	30 días	30%	US\$1,800	30 días
OTRAS COBERTURAS						
Condiciones congénitas y/o hereditarias.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días ambulatorio 90 días hospitalario	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días ambulatorio 90 días hospitalario

### OTRAS COBERTURAS (continuación)

Tratamiento integral del cáncer y rehabilitación.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Trasplante: La Compañía cubrirá los gastos que correspondan a los procesos de pre trasplante, trasplante y post trasplante, las complicaciones médicas que se derivaren de dichos procesos, necesarios para atender al donante y al receptor.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Prótesis y aparatos ortopédicos.	10%	Hasta US\$10,000	90 días	30%	Hasta US\$10,000	90 días
Deformidad de la nariz y del tabique nasal (cobertura por casos de accidente y ser médicamente necesario).	10%	US\$1,000	90 días	30%	US\$1,000	90 días

### BENEFICIOS ADICIONALES

Control niño sano: Consultas, 12 visitas durante el primer año de edad, 6 visitas hasta los 2 años de edad, posterior 2 visitas al año hasta los 5 años. (Incluye vacunas aprobadas por el MSP).	10%	US\$50 por visita	30 días	30%	US\$50 por visita	30 días
Operación exímer laser.	10%	Hasta US\$800 por cada ojo.	90 días	30%	Hasta US\$800 por cada ojo.	90 días
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).	10%	Hasta US\$10,000	30 días ambulatorio 90 días hospitalario	30%	Hasta US\$10.000	30 días ambulatorio 90 días hospitalario
Pap test como control.	10%	Hasta US\$30	90 días	30%	Hasta US\$30	90 días
Mamografía.	10%	Hasta US\$50	90 días	30%	Hasta US\$50	90 días
Antígeno Prostático.	10%	Hasta US\$30	90 días	30%	Hasta US\$30	90 días
Medias Elásticas. Siempre y cuando sean parte del tratamiento de una incapacidad.	10%	Hasta US\$50	90 días	30%	Hasta US\$50	90 días
Plantillas y zapatos ortopédicos. Ajuste del zapato normal.	10%	Hasta US\$50	90 días	30%	Hasta US\$50	90 días
Servicios exequiales, sin costo de prima adicional. • Aplica únicamente en Red Preferida Bupa, disponible en la Compañía o en su página de Internet: <a href="http://www.bupalud.com.ec">www.bupalud.com.ec</a>	0%	US\$1,800	N/A		N/A	

### PROHIBICIÓN A LAS EXCLUSIONES

Tratamiento dental de emergencia a consecuencia de un accidente.	10%	Hasta US\$ 500	24 horas	30%	Hasta US\$500	24 horas
Cuidados paliativos.	10%	US\$50 por día, máximo 15 días	90 días	30%	US\$50 por día, máximo 15 días.	90 días
Enfermedades de transmisión sexual.	10%	US\$50	30 días ambulatorio 90 días hospitalario	N/A		
Métodos anticonceptivos temporales.	10%	US\$50	90 días	30%	US\$50	90 días
Ligadura y vasectomía.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	N/A		
Atención integral a personas con problemas de malnutrición incluye medicamentos suplementarios y vitaminas.	10%	US\$50	30 días ambulatorio 90 días hospitalario	30%	US\$50	30 días ambulatorio 90 días hospitalario
Sucedáneos de leche materna para fines médicos (leches medicadas) Para niños menores de 2 años siempre y cuando sea parte del tratamiento de una incapacidad.	10%	Hasta US\$150	90 días	30%	Hasta US\$150	90 días
Cirugía Reconstructiva o Correctiva (debe ser pre-aprobada).	10%	Hasta US\$2,000	90 días	N/A		
Incapacidades provenientes del uso de alcohol, drogas o estupefacientes.	10%	Hasta US\$250	90 días	30%	Hasta US\$250	90 días
Medicamentos suplementarios y vitaminas (siempre y cuando sea parte del tratamiento de una incapacidad).	10%	US\$50	30 días	30%	US\$50	30 días

### PREEXISTENCIAS

Mejora de la Cobertura de Condiciones preexistentes.	De acuerdo a la cobertura.	Hasta US\$700 unificados por año póliza, aplicando los límites de cada beneficio.	12 meses	De acuerdo a la cobertura	Hasta US\$700 unificados por año póliza, aplicando los límites de cada beneficio.	12 meses
Condiciones preexistentes Beneficio de ley para condiciones preexistentes, de acuerdo a lo especificado en las Condiciones Generales de esta póliza.	De acuerdo a la cobertura.	Hasta 20 salario básicos unificados por año póliza, aplicando los límites de cada beneficio.	24 meses	De acuerdo a la cobertura	Hasta 20 salario básicos unificados por año póliza, aplicando los límites de cada beneficio.	24 meses

**DISCAPACIDAD**

Cobertura para personas con discapacidad. Beneficio de ley para condiciones preexistentes, de acuerdo a lo especificado en las Condiciones Generales de esta póliza.	De acuerdo a la cobertura.	Hasta 20 salario básicos unificados por año póliza, aplicando los límites de cada beneficio.	3 meses	De acuerdo a la cobertura	Hasta 20 salario básicos unificados por año póliza, aplicando los límites de cada beneficio.	3 meses
---	----------------------------	--	---------	---------------------------	--	---------

**Código de Aprobación ACESS N°: 012-010-146**

**Ligado al Contrato ACESS N°: 012-SI7-2021**

El Contratante y/o Asegurado Principal podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.  
Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Tabla de Coberturas el registro No. 58175, con oficio No. SCVS-IRCVSQ-DRS-2024-00099944-O del 28 de agosto de 2024.

**TABLA DEL ANEXO**

NOMBRE DEL ANEXO:	ANEXO DE CAMBIO DE TARIFARIO PLUS					
TIPO DE PLAN:	APLICABLE A LOS PLANES INDIVIDUALES: MiBupa Primer@, MiBupa Optim@, MiBupa Suprem@					
MODALIDAD:	MIXTA					
TIPO DE DEDUCIBLE.	POR PERSONA					
VALOR DEL DEDUCIBLE.	US\$100					
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA POR ASEGURADO: (Aplicará el acumulado de todos los gastos realizados por un mismo asegurado durante su año de vigencia).	De acuerdo al plan contratado.					
COBERTURA GEOGRÁFICA.	ECUADOR					
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE.	TARIFARIO COMPLETA (basado en Mc Graw Hill - 20%)					
	PRESTACIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA: Tarifario Nacional					
<b>FINANCIAMIENTO/ COBERTURAS/ PRESTACIONES SANITARIAS</b>						
COBERTURAS ADICIONALES CON AUMENTO EN LA PRIMA	<b>RED CERRADA</b>			<b>RED ABIERTA</b>		
	COPAGO	SUB-LÍMITES / TOPES MÁXIMOS DE COBERTURA	CARENCIA	COPAGO	SUB-LÍMITES / TOPES MÁXIMOS DE COBERTURA	CARENCIA
<b>COBERTURA AMBULATORIA</b>						
Visitas a médicos y especialistas.	N/A			10%	US\$70 por consulta	30 días
Cirugía ambulatoria.	N/A			20%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días
Medicamentos de Marca por receta.	20%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días	20%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días
Consultas por medicina alternativa y ancestral. Incluye tratamiento con profesionales calificados en naturopatía, homeopatía y medicina china debidamente registrados para ejercer en el país donde se recibe el tratamiento. Incluye medicamentos por receta.	N/A			20%	Máximo 6 visitas por año póliza hasta US\$50 c/u.	30 días
Salud mental en ambulatorio (psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta). • Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: <a href="http://www.bupasalud.com.ec">www.bupasalud.com.ec</a> N/A coaseguro ni deducible.	Fee administrativo por visita.	Máximo 8 sesiones por persona y por año póliza.	30 días	N/A		



### COBERTURA AMBULATORIA (continuación)

Fisioterapia/rehabilitación (debe ser pre-aprobada) incluye: Terapias físicas, cardíacas y respiratorias. • Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: <a href="http://www.bupalud.com.ec">www.bupalud.com.ec</a> Solo en red cerrada N/A coaseguro ni deducible.	Fee administrativo por visita.	Máximo 20 sesiones por persona y por año póliza.	30 días	10%	Máximo 20 visitas por año póliza hasta US\$20 c/u.	30 días
Servicios de diagnóstico dentro del protocolo.	N/A			20%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días
Diálisis y Hemodiálisis.	N/A			20%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días

### COBERTURA HOSPITALARIA

Servicios y atenciones hospitalarias.	N/A			20%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Habitación y alimentación (privada/ semiprivada).	10%	US\$150 por día.	90 días	20%	US\$150 por día.	90 días
Cama y alimentación para un acompañante en niños y personas mayores de 75 años.	10%	US\$150 por día.	90 días	20%	US\$150 por día.	90 días
Unidad de cuidados intensivos.	N/A			20%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Honorarios del médico/cirujano.	N/A			20%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Honorarios del anestesista.	N/A			20%	Hasta el 35% de los honorarios del Cirujano Principal.	90 días
Honorarios del médico/cirujano asistente.	N/A			20%	Hasta el 30% de los honorarios del Cirujano Principal.	90 días
Servicios de diagnóstico dentro del protocolo.	N/A			20%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Laboratorio clínico, imagen y estudios anatomopatológicos.	N/A			20%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días

**COBERTURA HOSPITALARIA (continuación)**

Medicamentos intrahospitalarios.	N/A	20%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Insumos y dispositivos médicos.	N/A	20%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Rehabilitación intra-hospitalaria.	N/A	20%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Apoyo Psicológico durante estancia intrahospitalaria.	N/A	20%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Prótesis e implantes no dentales.	N/A	20%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días

**Código de Aprobación ACESS N°: 012-060-007**

El Contratante y/o Asegurado Principal podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.  
Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo el registro No. 58182, con oficio No. SCVS-IRCVSQ-DRS-2024-00099944-O del 28 de agosto de 2024.



Bupa Ecuador S.A.  
Compañía de Seguros

Quito, Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú,  
Ed. San Salvador, Piso 3  
Tel (593-2) 4018945